

移送費請求書  
家族移送費

記入例

組合員の 記号番号 (職員番号)	仙市 1234567	組合員 氏名	共済 花子	所属	〇〇局〇〇課
移送を受けた者 の氏名	共済 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	〇年〇月〇日	
傷病名	脳梗塞	発病又は負傷日	令和	〇年〇月〇日	
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 交通事故など他人によるもの <input checked="" type="checkbox"/> その他の病気・けが <input type="checkbox"/> 公務中または通勤中	移送に要した費用	50,000		円
移送の経路 及び方法	(経路) 東京都の〇〇病院から介護タクシーにより東京駅 東京駅から仙台駅まで新幹線 仙台駅から仙台市内の〇〇病院まで介護タクシー (方法) 新幹線及び介護タクシー				
付添いがあった 場合の付添者	(氏名) 共済 花子	(住所)	仙台市青葉区〇〇1-2-3		
医師の 意見欄	傷病名	移送日	令和	年	月 日
	移送を必要と 認める理由				
	移送の経路 及び方法	医療機関から証明を受けてください。			
	入院時	入院期		月	日
	医療機関				
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 医療機関 名称 医師氏名 印					
上記のとおり申請します。 仙台市職員共済組合理事長 様 令和 〇年 〇月 〇日 住所 仙台市青葉区〇〇1-2-3 組合員氏名 共済 花子 (自署又は記名押印) 日中連絡先 電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇				所属課 (課 収 受 印 ) 所属課で 文書收受印 を押印	

共済組合受付印	共済組合処理欄		
決定額	移送費		円
	家族移送費		円